

ESSAI DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

CONTRACTURE PERMANENTE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GARABET NAZARET

Né à Constantinople, le 6 novembre 1856

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Août 1885

ESSAI DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

CONTRACTURE PERMANENTE INFANTILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GARABET NAZARET

Né à Constantinople, le 6 novembre 1856

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Août 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		TRIPPIER (LÉON).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	BOUCHACOURT.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.	}	GAILLETON.
Chimie minérale.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	}	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée	}	CAZENEUVE.
Anatomie.		CAUVET.
Anatomie générale et Histologie.	}	LORTET.
Physiologie.		PAULET.
Pathologie interne.	}	RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	}	J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire	}	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.	}	PONCET.
Hygiène		CHAUVEAU.
Thérapeutique	}	LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, président; M. ROLLET, assesseur; MM. BARD et CHANDELUX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR LÉPINE

A MON MAÎTRE
M. LE DOCTEUR HUDELLET

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU, A BOURG



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553414_0048

AVANT-PROPOS

BUT DE NOTRE THÈSE

Il existe une maladie encore peu connue, décrite dernièrement sous le nom de « contracture pseudo-paralytique infantile ou contracture généralisée de l'enfance. »

Si cette maladie est obscure dans sa pathogénie, elle ne l'est pas moins dans son traitement même palliatif. Toutefois, si nous avons choisi le traitement de cette affection comme sujet de notre dissertation inaugurale, nous avons hâte de déclarer que ce n'est pas la cause de la maladie que nous prétendons vouloir guérir ; mais notre but est d'exposer un mode de traitement, imaginé récemment par M. le

D^r Robin, qui l'a employé avec M. D. Mollière dans deux cas dont nous apporterons les observations plus loin.

Ce nouveau mode de traitement permet la marche et peut-être est capable d'améliorer l'affection à la longue.

Nous ne nous appesantirons pas beaucoup pour faire une description complète de la maladie qui a déjà été esquissée par MM. Launois (1), Onimus (2) et Simard (3), dans les mémoires desquels nous avons puisé largement.

Cependant, comme c'est une maladie qui n'est pas encore entrée dans le cadre classique, et, par conséquent, elle est peu connue, nous croyons devoir décrire succinctement :

1° Dans un premier chapitre, la symptomatologie et le diagnostic ;

2° Dans un second chapitre, nous exposerons les différentes tentatives de traitement et tout particulièrement nous ferons connaître le nouveau traitement de MM. Mollière et Robin.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier M. D. Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

(1) Société clinique de Paris, 8 novemb. 1883.

(2) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, sept. 1883.

(3) Thèse de doctorat, Paris, 1884.

Que M. le docteur Robin veuille accepter le témoignage public de notre profonde gratitude pour nous avoir procuré les renseignements nécessaires à l'élaboration de ce modeste opusculé.

Nous adressons également nos sincères remerciements à M. le professeur Lépine, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ESSAI DE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

DE LA

CONTRACTURE PERMANENTE INFANTILE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Parmi les nombreux symptômes qui constituent le tableau clinique de cette maladie, le plus important et le plus constant, c'est une contracture permanente des muscles, sans aucune atrophie, contracture déterminant des déformations et empêchant les mouvements d'ensemble, alors même que tous les mouvements, pris isolément, sont possibles. Il n'y a donc pas de paralysie à proprement parler, mais une apparence de paralysie, et la dénomination de « contracture pseudo-paralytique infantile, » donnée par

Onimus, s'explique ainsi par ces divers symptômes :

Contracture, parce que c'est le phénomène typique et important qui différencie cet état anormal des autres du même genre ;

Pseudo-paralytique, parce que ce qui frappe le plus et ce qui amène souvent une erreur de diagnostic, c'est la difficulté d'agir et l'impuissance d'exécuter des mouvements normaux, quoique, en réalité, il n'y ait pas de paralysie dans l'acception rigoureuse de ce mot ;

Infantile, parce que ces affections datent de l'enfance, qu'elles sont peut-être en germe dès la naissance, mais que, dans tous les cas, elles ont commencé avant l'âge de deux ans.

Ce qui frappe à première vue chez ces malades, c'est le grand développement physique relativement à l'âge. Loin d'être affaiblis ou rachitiques, ils sont autant développés que les enfants de leur âge, mais l'aspect général a quelque chose de raide, et les malades sont comme ramassés sur eux-mêmes.

Le premier symptôme qui attire l'attention des parents est la difficulté extrême de la marche ; mais contrairement à ce que dit M. Simard, à savoir que « les enfants ne peuvent se tenir sur les jambes, ils tombent, lorsqu'on cesse de les soutenir, et cela lorsque, depuis longtemps déjà, ils devraient courir seuls. » Ils peuvent, jusqu'à un certain point, se tenir debout et marcher dans une attitude bizarre.

Quelquefois, le début semble se faire par les membres supérieurs, et « lorsqu'ils veulent se servir de leurs mains, il se produit des mouvements ataxiques. » (Onimus.)

En examinant couchés ces petits malades, on est frappé tout de suite de la raideur qu'ils présentent ; celle-ci est encore plus manifeste lorsqu'on les pose sur les pieds.

Les membres inférieurs sont plus ou moins immobilisés par le fait d'une contracture occupant tous les groupes musculaires ; les cuisses sont fortement rapprochées l'une de l'autre, les genoux sont en contact et, caractère typique, on éprouve toujours une résistance plus ou moins grande à les séparer.

Il est à remarquer aussi que le rapprochement se reproduit dès qu'on cesse de les maintenir écartées.

La contracture peut être plus marquée d'un côté que de l'autre ; dans ce cas, les cuisses se croisent, la droite, par exemple, reposant sur la face intérieure de celle du côté gauche ; ce croisement persiste dans toutes les situations.

La contracture porte surtout sur les adducteurs de la cuisse. Toutefois, il existe en même temps un certain degré de flexion des jambes sur les cuisses.

Les jambes, écartées en forme d'un V renversé, présentent à la partie postérieure une forte saillie formée par les muscles du mollet qui sont contracturés, le tendon d'Achille se reconnaît facilement au-dessous des téguments qu'il soulève. Le pied se trouve alors fortement étendu sur la jambe, et il en résulte un pied bot équin. Cette déformation du pied est encore plus manifeste lorsque le malade est debout ; la face dorsale regarde directement en avant, il existe une dépression très marquée à l'union de la face dorsale avec les orteils, et, en ce point, on re-

marque des plis cutanés. « La pointe du pied est fortement tournée en dedans, et tout le poids du corps repose sur la face plantaire des orteils, surtout des troisième, quatrième et cinquième. La partie antérieure du bord externe appuie, elle aussi, sur le sol, tandis que le bord interne en reste plus ou moins distant. » Tel n'était pas cependant la situation des jambes et des pieds chez une de nos malades ; chez elle la situation des jambes et des pieds était dirigée de manière que tout le poids du corps reposait sur la base du gros orteil et qu'en ce point il s'était formé à la longue un mal perforant rendant la marche douloureuse et plus difficile.

Nous n'avons pas eu lieu de remarquer de la contracture pour d'autres régions du corps, par exemple pour le membre supérieur et le tronc. « Cependant on a constaté, chez certains sujets, que les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras, et ceux d'élévation du bras, étaient plus ou moins limités ; et que, le malade étant couché, si on cherchait à le soulever en le prenant par les membres inférieurs, on l'enlevait tout d'une pièce, comme s'il était de bois. »

En un mot, suivant la gravité du cas, les mouvements sont plus ou moins bridés, parfois même complètement abolis ; mais, lorsqu'ils sont encore possibles, ils sont souvent incoordonnés, et l'incoordination est d'autant plus grande que le malade s'applique davantage à bien faire ces mouvements.

Lorsqu'on explore les membres avec la main, on sent partout le tissu musculaire dense et contracturé.

Les tendons apparaissent sous la peau, qu'ils soulèvent comme des cordes fortement tendues.

La contractilité électro-musculaire est partout non seulement conservée, mais normale. Nous n'avons pas noté de troubles trophiques.

Les réflexes, et plus particulièrement le réflexe rotulien, sont très exagérés. Si, d'un autre côté, on applique la main sous la plante du pied et qu'on exerce une légère pression, on détermine très rapidement une trépidation épileptoïde, et cela dans les membres inférieurs. L'épilepsie spinale, parfois plus marquée d'un côté, persiste pendant un certain temps après l'application de la main; et, caractère important, signalé par M. Launois, elle persiste également pendant le sommeil anesthésique. Un léger chatouillement de la plante des pieds suffit quelquefois pour la réveiller.

Les organes des sens semblent avoir conservé tous leurs attributs physiologiques. La vue et l'ouïe sont normales; le regard, cependant, présente une fixité particulière. Une fois, il existait du strabisme, on n'a pas noté le nystagmus.

La sensibilité était conservée chez les malades de M. Launois; il n'en était point ainsi chez les malades de M. Onimus. Voici ce que ce dernier dit: « Presque toujours, il existe de l'anesthésie d'un côté; elle est plus prononcée aux membres inférieurs. L'anesthésie était croisée dans un cas. » Quant à nous, nous n'avons rien noté du côté de la sensibilité.

Les sphincters ont conservé leurs réflexes, c'est-

à-dire qu'il n'y a ni paralysie de la vessie, ni paralysie du rectum. Toutefois, leur tonicité est de courte durée ; le besoin est impérieux et doit être satisfait de suite. Si on tarde, et nous l'avons très bien constaté dans une de nos observations, l'enfant se salit dans ses vêtements ou dans son lit.

Les autres fonctions sont normales ; les malades ont bon appétit, leur digestion est facile ; le cœur ne présente aucune irrégularité. L'intelligence était très développée chez tous nos malades. Quelquefois, la parole est lente et saccadée ; on aurait même observé du bégaiement.

Tels sont les symptômes que l'on observe habituellement chez les malades atteints de contractures généralisées. Toutefois, si on peut les trouver tous réunis chez le même enfant, il est d'autres cas où on ne trouve que quelques-uns d'entre eux. La contracture, qui ne manque jamais, peut occuper un nombre plus ou moins considérable de muscles ; aussi pourrait-on décrire, sinon plusieurs formes, du moins plusieurs degrés de l'affection.

La maladie persiste indéfiniment ; ainsi les enfants, qui avaient été examinés à l'âge de deux ou trois ans, ont été revus plus tard, lorsqu'ils avaient douze ou quatorze ans, et elle persistait encore à l'âge de dix-huit ans, chez une de nos malades.

Certains observateurs ont assuré que les mouvements devenaient de plus en plus difficiles, et qu'il arrivait un jour où les petits malades étaient obligés de ne plus quitter leur lit.

Nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi ; au lieu

d'avoir cette marche progressive, l'affection, au contraire, persiste, mais ne s'aggrave pas comme contracture ; la marche est bien plutôt stationnaire, et des efforts incessants du malade peuvent améliorer la situation d'une façon considérable. M. Robin a pu voir un de ces malades marchant à peu près à l'âge de trente ans.

DIAGNOSTIC

L'affection, dont le traitement fait le sujet de notre travail, ne doit pas être confondue avec la paralysie atrophique infantile.

Dans la première de ces deux affections il n'y a pas de paralysie à proprement parler, mais plutôt une gêne dans les mouvements, par le fait de la contracture ; et qu'on ne trouve aucun groupe musculaire ni aucun muscle atrophié.

De plus, tandis que dans la paralysie infantile, il y a flaccidité des membres et relâchement des articulations, chez tous nos malades il y avait de la raideur, et tous les muscles donnaient au toucher une sensation de fibres saines et vigoureuses.

La sclérose en plaques, à part les quelques symptômes qui lui sont communs avec la contracture infantile (tels que l'exagération du réflexe rotulien, l'épilepsie spinale, les troubles de la parole, etc...) se distingue de cette dernière affection par le tremblement survenant dans les mouvements volontaires,

les troubles oculaires (nystagmus, strabisme), le tremblement de la langue et les troubles cérébraux qui sont la caractéristique de la sclérose en plaques.

L'ataxie héréditaire, qui a fait l'objet de la thèse inaugurale de M. Brousse (thèse de doctorat, Montpellier, 1882) diffère aussi de l'affection qui nous occupe par l'incoordination des mouvements, par l'absence de contracture, et par l'abolition du réflexe patellaire.

Enfin, l'absence des troubles intellectuels dans la contracture pseudo-paralytique infantile, son début à une époque très rapprochée de la naissance seront autant de signes suffisants pour différencier cette dernière affection de l'atrophie cérébrale, de l'idiotie et de la tétanie à forme lente, maladies dans lesquelles on peut observer des troubles de la motilité et des rétractions musculaires.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Voici comment M. Simard (thèse de doctorat, 1884) résume la pratique des chirurgiens en général :

« Différentes méthodes de traitement, dit-il, ont été employées; on a utilisé, dans quelques cas, les mercuriaux, l'iodure de potassium, les différents bromures, et l'arsenic. L'hydrothérapie ne semble avoir donné que de mauvais résultats. L'électricité amena, dans un cas, une amélioration qui fut d'ailleurs passagère.

« Dans d'autres cas, on s'est borné à corriger les déformations et, pour cela, on a eu recours aux sections tendineuses multiples, après quoi on a, à l'aide d'appareils, pratiqué l'extension et maintenu le membre dans la rectitude qu'on cherchait à lui donner.

« Il termine ce passage en disant qu'aucun de ces traitements n'a fourni de bons résultats, et qu'on a réussi tout au plus à corriger les attitudes vicieuses. »

De notre part, il n'est pas arrivé à notre connaissance qu'il ait été fait à l'étranger des traitements particuliers autres que ceux que nous venons de signaler.

Enfin, les mêmes tentatives ont été également inefficace entre les mains de nos maîtres lyonnais. M. Delore, en particulier, a bien souvent appliqué les sections tendineuses sans grand résultat. (Communication orale.)

Or, en présence d'un aveu d'impuissance aussi général, toute tentative nouvelle de traitement est bien digne d'attirer l'attention.

Il y a deux choses dans le traitement de M. Robin :

1° Un appareil que nous allons décrire ;

2° Quelques autres moyens adjuvants, entre autres, et en première ligne, la gymnastique, sur lesquels nous devons insister.

THÉORIE DE L'APPAREIL

Le but que M. Robin a recherché à atteindre a été non pas tant de guérir complètement, ce qui ne semble pas possible, les attitudes vicieuses, mais de les corriger et de les améliorer en quelque sorte par

une gymnastique permanente ou massage actif et continu.

Nous avons vu que les muscles rétractés étaient susceptibles de contractions volontaires.

Or, il fallait, disons-nous, que chaque contraction subît un massage actif. En effet, à mesure que les muscles se contractent, l'appareil a de la tendance à les allonger, allongement qui n'a de limite que la situation normale.

Telle est toute la théorie de l'appareil que nous allons décrire.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

D'une manière générale, il y a flexion en même temps qu'adduction des deux membres inférieurs, desquels nous ne voulons parler qu'exclusivement. Il faut donc agir contre cette adduction exagérée et contre cette flexion.

Pour combattre la flexion et pratiquer contre elle ce massage actif et continu dont nous parlons, M. Robin se sert d'un ressort longitudinal agissant par son élasticité.

Quant à l'adduction, ce n'est pas par flexibilité, mais par écartement forcé que l'on arrive au résultat recherché.

L'appareil est constitué par deux montants ordinaires, brisés au niveau de toutes les articulations et réunis par des embrasses maintenant le membre.

C'est sur le montant externe que se place le res-

sort longitudinal dont nous parlions tout à l'heure. Pour augmenter son élasticité et sa puissance, il est contourné en forme d'un S à ses deux extrémités ; vers sa partie moyenne, il archoute de manière à solliciter constamment l'extension de la jambe sur la cuisse. Comme les deux montants sont solidaires, le résultat est de lutter efficacement contre la rétraction musculaire qui tend à fléchir la jambe.

Dans certains cas, il suffit de placer à chaque jambe le ressort dont nous parlons par faciliter et améliorer la marche, comme on pourra le voir dans quelques-unes de nos observations.

Mais, dans beaucoup de cas, la déformation est surtout constituée par le croisement des genoux. C'est dans ce cas que l'appareil est d'une utilité bien plus considérable, car, sans parler des modifications favorables qui peuvent se produire ultérieurement, il permet aux sujets de marcher immédiatement.

On arrive à ce résultat par le moyen d'un galet monté sur une tige recourbée, qui elle-même se fixe par une articulation mobile sur l'un des montants internes.

Comme on le voit, cette disposition permet au galet de pouvoir se maintenir sur le même plan horizontal pendant toutes les oscillations de haut et de bas que nécessite la marche. En effet, il est destiné à rouler sur une tige horizontale fixée à l'autre montant.

Etant donné ce mécanisme, aucun des mouvements de la marche n'est gêné, et on comprend que l'écartement forcé du genou rend la marche possible ou infiniment plus facile.

Contre les déviations du pied, on fait porter les souliers orthopédiques des pieds bots en général ; mais, c'est précisément pour remédier à ces déformations des pieds qu'il faut avoir recours aux moyens adjuvants dont nous parlions tout à l'heure.

C'est ici que les sections tendineuses, suivies de massage souvent répétés, aident beaucoup à améliorer la situation du malade.

Ces sections tendineuses et ce massage, employés jusqu'ici, n'avaient pas donné de résultat, parce qu'ils étaient seuls ; unis à l'appareil dont nous venons de parler, ils deviennent efficaces. Mais, ce qui est bien capable d'améliorer la contracture, croyons-nous, outre l'usage de l'appareil que nous préconisons, c'est une gymnastique exécutée tous les jours, agissant dans le même sens que l'appareil et complétant son action en quelque sorte. Cette gymnastique doit être dirigée de manière à allonger les muscles rétractés.

La démonstration de l'amélioration possible est basée sur les observations que nous allons rapporter, non seulement des malades auxquels on a fait porter l'appareil, mais encore sur les autres ; car, il est un fait bien constaté, que plus on fait marcher le malade, plus la marche devient facile.

La première indication est donc de faire marcher les malades et de rendre la marche possible. C'est le but que nous commençons à réaliser.

OBSERVATIONS

Nous résumons, à titre de documents, les observations publiées dans les mémoires de MM. Launois, Onimus, Simard.

OBSERVATION I

Recueillie par M. P.-E. Launois, interne des hôpitaux de Paris.

N. Arsène, âgé de six ans, est couché au n° 20 de la salle Saint-Côme, à l'hôpital des enfants.

Pas de maladies graves antérieures. Antécédents héréditaires nuls. Nourri au sein, il n'a jamais pu marcher.

A l'examen, on constate une raideur qui a envahi tous les muscles et particulièrement ceux des membres.

La tête, légèrement projetée en avant et comme immobilisée par la raideur du cou, est normale par son volume et la conformation des os. Aucun trouble dans la motilité des lè-

vres et de la langue, un peu de bégaiement, lorsque l'enfant a peur. Pas de troubles oculaires.

Les bras sont légèrement écartés du thorax, et les mouvements d'élévation sont impossibles. Légère flexion de l'avant-bras sur le bras. L'enfant peut se servir de ses mains pour manger et pour jouer.

Du côté des membres inférieurs, cuisses en contact jusqu'au niveau des genoux. Jambes écartées en forme d'un V renversé. Pieds fortement étendus, en position de pied bot équin; tout le poids du corps porte sur l'avant-pied et particulièrement sur la face plantaire des orteils. Sensibilité intacte; les sphincters ont toute leur tonicité.

Le réflexe du genou est assez difficile à déterminer, à cause de la raideur qui est le fait de la contracture. Epilepsie spinale déterminée par l'application de la main sur la plante du pied. La contractilité électro-musculaire est normale. Réflexe plantaire déterminé par le contact du sol.

Aucun trouble dans les fonctions organiques. Nutrition générale bonne. L'enfant est intelligent, d'un caractère doux.

Traitement. — Section du tendon supérieur du moyen adducteur, du tendon inférieur du biceps et du tendon d'Achille. Ensuite, redressement du membre et traction continue allant progressivement jusqu'à 4 kilogrammes.

Au bout d'un mois, les membres sont toujours dans l'extension et conservent à peu près la rectitude, mais ils sont toujours raides, et la contracture persiste au même degré lorsque l'enfant quitte l'hôpital.

OBSERVATION II

Recueillie par M. P. E. Launois, interne des hôpitaux de Paris.

Heffer (Joséphine), jeune fille âgée de douze ans, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, le 12 mai 1882, salle Ste-Pauline, n° 8.

Fièvre intense et convulsions à l'âge d'un an. Plusieurs ophthalmies. Pas d'autres maladies graves. Elle n'a jamais pu marcher.

A l'examen, on constate qu'elle est bien développée. La tête n'est pas trop volumineuse, l'intelligence moyenne, la parole un peu saccadée, les mouvements des lèvres et de la langue sont libres.

Du côté des yeux, rougeur des paupières, traces de conjonctivite chronique, strabisme externe assez marqué du côté droit. Rien du côté des membres supérieurs. Les mouvements du cou sont assez difficiles, et la tête, projetée en avant, présente une raideur tout à fait caractéristique.

Du côté des membres inférieurs, les deux cuisses, légèrement fléchies sur le bassin, se sont croisées, les jambes fléchies sur les cuisses, le pied est plat, légèrement valgus, les muscles forment des masses dures et résistantes, les tendons, et en particulier ceux de la face postérieure, de la cuisse se présentent sous la forme de cordes saillantes qui soulèvent les téguments, trépidation épileptoïde, réflexe patellaire très exagéré des deux côtés, sensibilité normale, les sphincters ont conservé leur tonicité. Toutefois, celle-ci est de courte durée, et le besoin est impérieux.

Contractilité électro-musculaire intacte. M. de St-Germain a fait l'extension après sections tendineuses multiples.

La malade était en traitement, lorsque ses parents voulurent l'emmener, le 22 juin 1882.

On conseilla l'iodure de potassium.

OBSERVATION III

Recueillie par M. P.-E. Launois, interne des hôpitaux de Paris.

Dans ce cas, il s'agit d'une petite fille de six ans, que nous avons examinée à la consultation, à l'hôpital des Enfants-Malades.

La contracture occupe surtout les membres inférieurs.

Lorsque l'enfant est debout, son attitude rappelle, dans tous ses détails celle du malade de l'observation I; tout le poids du corps porte sur la pointe du pied, le talon et toute la partie postérieure de la plante étant éloignés du sol.

L'affection remontait à l'enfance et nous n'avons pas pu recueillir tous les détails nécessaires pour compléter notre observation.

OBSERVATION IV

Extraite du mémoire de M. Onimus, *sur la contracture pseudo-paralytique infantile.*

L'accouchement se fit normalement, l'enfant vint au monde parfaitement conformé et sain. Pas de trace de syphilis. Jamais de convulsions.

A neuf ans, les mouvements étaient assez vifs et l'enfant se tenait debout lorsqu'on le soutenait légèrement. Peu à peu, cependant, on s'est aperçu que les membres inférieurs fonctionnaient très mal, et que le bras gauche se raidissait. On employa successivement les mercuriaux, l'iodure de potassium, les différents bromures, l'arsenic. L'hydrothérapie a toujours donné de mauvais résultats.

L'application du courant continu hyposthénisant, conseillée par M. Duchenne, de Boulogne, amena un peu d'amélioration, en ce sens que l'enfant put se maintenir un peu mieux assis et que l'urine fut mieux gardée.

Aujourd'hui, l'enfant, qui a quatorze ans et demi, paraît en avoir près de seize.

Il ne peut se tenir debout qu'en étant soutenu ou en s'appuyant avec un des bras sur un corps résistant.

On rencontre une résistance plus ou moins grande lorsqu'on

vent séparer les cuisses, étendre l'avant-bras sur le bras, ou mettre les doigts de la main dans un état de souplesse.

Les jambes sont repliées, et du côté droit il y a un genou valgum. Le bras droit est également plié et la main comme tordue sur le poignet. Il y a une torsion du pied et un fort équinisme. Les mouvements volontaires sont incoordonnés.

Quand il est debout, les pieds viennent se rejoindre au même point du sol, et, dès qu'il veut faire un pas, la jambe qu'il veut soulever vient butter contre celle qui reste fixée au sol. Si on maintient les jambes écartées, il peut faire quelques pas, mais on est obligé de lui donner un appui quelconque, sans cela il perd aussitôt l'équilibre.

Il n'y a ni paralysie de la vessie, ni paralysie du rectum, mais un spasme qui l'oblige à se présenter dès que l'envie apparaît, car il ne peut dominer longtemps ses besoins.

L'examen électro-musculaire montre partout que la fibre musculaire n'a subi aucune altération. Les idées sont exprimées avec netteté, mais avec une certaine difficulté et un peu de bégaiement.

OBSERVATION V

Extraite du mémoire de M. Onimus, *sur la contracture pseudo-paralytique infantile*.

Jeune fille âgée de huit ans et paraissant en avoir dix. — Convulsions presque tous les jours depuis l'âge de trois semaines jusqu'à l'âge de dix mois. Elle a parlé vers l'âge de deux ans et de suite normalement. Elle ne commença à se tenir debout que vers l'âge de deux ans et demi, mais elle manquait d'équilibre, et elle a tout le temps eu un aspect de raideur générale.

Actuellement, la marche est très difficile. Les jambes sont raides, légèrement tournées en dehors et en équinisme. Dès

que l'enfant veut faire un mouvement volontaire, il y a une série de contractions qui se font dans tous les muscles des membres et qui ne se traduisent que par une sorte d'attaque choréique.

Il y a une diminution générale de la sensibilité tactile, mais augmentation très marquée des réflexes.

On peut déterminer de la trépidation épileptoïde dans la jambe droite qui est la plus prise.

Aucune atrophie musculaire, aucun trouble du côté des voies urinaires et des voies digestives.

OBSERVATION VI

Extraite du mémoire de M. Onimus, *sur la contracture pseudo-paralytique infantile*.

Dans un cas analogue aux précédents, mais même plus bénin, les contractures et les déformations qui en résultent n'étaient nullement apparentes, et l'on ne trouvait, du côté des membres inférieurs, que de la résistance lorsqu'on voulait séparer les cuisses ou donner aux muscles leur extension la plus grande.

Pour les bras, les mouvements d'élévation sont un peu bridés, et la difficulté des mouvements normaux n'est réellement bien nette que dans les mouvements délicats, comme ceux que nécessitent le jeu des instruments à musique et l'écriture.

Comme dans les cas mêmes très accentués, il n'y a rien du côté de la vue et de l'ouïe, mais seulement un regard un peu fixe, ressemblant beaucoup à celui des malades atteints de paralysie agitante.

OBSERVATION VII

Recueillie par M. Simard, à l'hôpital des Enfants-Malades, juillet 1882.

Bicheaud (Berthe), entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, le 12 juin 1882, est placée salle Ste-Pauline, au n° 19.

Son père, qui est maçon, présente des symptômes non douteux d'alcoolisme. Rien autre à noter dans ses antécédents héréditaires.

Les parents font remonter le début de la maladie à l'âge d'un an et demi, et ils font jouer un grand rôle à un refroidissement, comme cause de la maladie.

A l'examen, on constate qu'elle est bien développée, mais très maigre et très craintive. Rien d'anormal à la face. La tête est bien conformée. La parole n'est pas gênée, toutefois, l'enfant cause peu.

Rien à noter du côté des membres supérieurs et du cou. On constate, du côté des membres inférieurs : les cuisses, fortement rapprochées, sont en contact par leur face interne ; les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses et forment avec elles un angle très aigu ; le pied est dans l'extension sur la jambe, par le fait de la contracture des muscles du mollet. Trépidation épileptoïde plus marquée du côté droit.

Nous n'avons pas pu déterminer exactement s'il existait de l'anesthésie ; l'enfant se plaignait chaque fois que nous tentions l'exploration.

Il n'y avait ni paralysie de la vessie, ni paralysie du rectum.

M. de St-Germain fait plusieurs sections tendineuses aux insertions supérieure du moyen adducteur et inférieure du biceps de la cuisse, puis un appareil à extension est appliqué. On obtient ainsi un certain redressement permanent des membres intérieurs.

L'enfant est emmenée par ses parents, et nous n'avons pas pu savoir ce qu'elle est devenue.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. le Dr Robin.

M. de B....., âgé de 11 ans, fût amené, il y a un an, dans le cabinet de M. Robin.

C'est un enfant à musculature très développée; pas de déformation du squelette; mais on constate une contracture permanente des adducteurs de la cuisse, de sorte que les genoux sont constamment croisés et la marche est difficile. Il y a aussi de la contracture, mais moins accusée, des fléchisseurs. Les genoux, ainsi fléchis et portés en dedans, simulent au premier abord le genou valgum. C'est à ce titre qu'on avait amené l'enfant à M. Robin.

Mais à un examen plus attentif, on voit que les pieds, au lieu d'être tournés la pointe en dehors; sont au contraire portés en dedans. Ceux-ci sont d'ailleurs dans une attitude vicieuse, le droit étant en équin et le gauche valgus équin.

On constate une contracture des muscles correspondants.

Les cuisses sont fléchies sur le bassin, mais cette attitude est compensatrice, elle n'est pas le résultat de la contracture des muscles fléchisseurs de la région. Les mouvements volontaires n'exagèrent pas cette contracture. Celle-ci ne cesse pas pendant le sommeil au rapport des parents.

Aucun muscle n'est frappé de paralysie. Il n'y a pas d'atrophie nulle part, pas de troubles de la sensibilité, pas de tremblement du côté de la tête, pas de troubles des organes des sens.

Les membres supérieurs sont libres, on n'y constate pas de

contracture ainsi que du côté du tronc. Les parents attestent que l'enfant est très intelligent et surtout très affectueux.

A ce cas, aucun traitement n'a été constitué.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance de M. le Dr Robin.

M^{lle} M..., d'Arles, est une superbe jeune fille de dix-huit ans, admirablement constituée, grosse, grande, mais elle n'a jamais pu marcher facilement. Ce n'est que vers l'âge de huit ans qu'elle a pu essayer les premiers pas ; depuis, sa marche s'est améliorée, et après avoir consulté sans grand succès les médecins les plus distingués du Midi, elle se serait résignée si depuis quelque temps il ne lui était pas survenu un ulcère perforant du pied dans un point où porte tout le poids du corps.

Deux médecins réunis en consultation constatant la bonne conformation des membres inférieurs, sauf une direction des genoux en dedans, considérant la contracture comme secondaire, l'envoyèrent à MM. Mollière et Robin comme justiciable de l'ostéoclasie.

Mais la marche était caractéristique de la maladie que nous décrivons. La jeune fille marche à l'aide de deux bâtons. Les genoux sont fléchis, ils sont tellement portés en dedans qu'ils se croisent et s'entrechoquent dans la marche. Mais la difformité cesse si on parvient à vaincre avec force la contraction des adducteurs. Les pieds sont en varus équin, de sorte que tout le poids du corps repose sur le talon antérieur, c'est à ce point que, peu à peu, s'est développé un mal perforant dont la malade souffre beaucoup.

La contracture date de la première enfance, la mère de la

jeune fille ne peut en préciser absolument la date : c'est vers l'âge de dix-huit mois qu'elle serait survenue; depuis, elle n'a pas cessé. Elle persiste pendant le sommeil ordinaire ou anesthésique auquel on a soumis bien souvent la jeune malade. Les mouvements volontaires n'augmentent pas leur intensité. Nulle part on ne constate de paralysie, la jeune fille est très bien développée. Pas de troubles de la sensibilité, pas d'augmentation des réflexes, pas de tremblements nulle part, pas de paralysie des sphincters, pas de troubles des organes des sens. La jeune fille est très intelligente, très affective.

On essaye du massage forcé pendant l'anesthésie sans aucun résultat, c'est alors qu'on lui fit porter notre appareil, ce qui permet une marche beaucoup plus facile, les genoux ne s'entrechoquent plus, et ce qui est plus important, le poids du corps ne repose plus sur l'avant-pied. On l'envoie à Aix avec recommandation de lui faire du massage méthodique.

A son retour, un mois après, il y avait une amélioration sensible; depuis on n'a pu revoir la malade.

OBSERVATION X

Personnelle

Recueillie dans le service de M. D. Mollière.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été présenté par M. Robin à la Société des Sciences médicales, le 11 novembre 1884.

Ce jeune malade, considéré comme atteint de genou valgum, fut envoyé à M. Robin qui, dans le but de lui faire porter son appareil, le fit entrer dans le service de M. Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Les parents ne donnent pas des détails très précis, ils racontent seulement que leur enfant n'a pu se tenir sur les jambes et marcher péniblement que très tard; ils disent qu'il aurait eu de la fièvre vers l'âge de dix mois. Il n'y a pas eu de convulsion. Ils attribuent la maladie aux mauvais soins de la nourrice chez laquelle se trouvait l'enfant.

Ce n'est que depuis deux ans que le malade peut faire quelques pas à l'aide de béquilles. Sa marche est caractéristique, il va par saut, et à mesure qu'il avance, il accélère ses mouvements comme quelqu'un qui va tomber. Tout le poids du corps porte sur l'avant-pied; le pied droit est en varus équin, le gauche est dans la même situation, mais moins accusée. Les genoux sont demi-fléchis et se touchent lorsque le malade marche. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin.

En examinant de plus près, on constate qu'un certain nombre de groupes musculaires sont contracturés; on ne constate pas de paralysie, pas de troubles de la sensibilité, on provoque cependant très facilement de l'épilepsie spinale, le réflexe rotulien semble exagéré. Les bras, le tronc, le reste du corps sont bien constitués. Pas de troubles du côté des organes des sens. Pas de tremblements de la tête. Il n'y a pas de paralysie des sphincters; cependant, il y a du besoin pressant. Il est arrivé souvent à l'hôpital de salir son lit si la sœur n'accourait pas au premier appel.

L'enfant est très intelligent, il apprend à lire très rapidement, il est très affectueux et très timide.

Les parents racontent que cette contracture remonte aux premiers jours de l'enfance, mais ils l'ont surtout remarquée quand est venu l'âge où les enfants essaient de marcher.

Le 18 septembre, M. D. Mollière lui fait la section des tendons d'Achille, ce qui permet de redresser les deux pieds. La cicatrisation obtenue, on lui fait porter des chaussures orthopédiques avec l'appareil de M. Robin. On remarque immédiatement que la marche est plus facile; le résul

tat était très satisfaisant. M. Robin le présentait à la Société de médecine en novembre.

Nous avons eu de ses nouvelles par son père, qui assure que depuis la marche était encore améliorée.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,

LÉPINE.

Vu : *Le Doyen,*

LORTET

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

EM. CHARLES.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I. — *A* Ressort longitudinal.
B Tenon.
CC Embrasses.
DD Montant externe.

(1) **SYSTÈME QUI ÉCARTE LES JAMBES**

PLANCHE II. — *E* Tige recourbée.
F Galet.
G Tige horizontale.
H Montant interne.



